

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_ no Município de Lagoa Santa,  
responsável pelo/a menor \_\_\_\_\_  
idade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_, autorizo a aplicação da vacina contra o  
Covid-19 no menor supracitado.

O declarante e o portador desta declaração têm ciência quanto à responsabilidade criminal em caso de falsidade nas informações acima.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Lagoa Santa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022